THÉRAPEUTIQ

L'EXTREMITE

Le Dr Jos

Extrait du

8 RU

(9)

THÉRAPEUTIQUE DES FRACTURES

DE

L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

PAR

Le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre du Conseil de salubrité du département de la Seine.

Extrait du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*,
25 février 1908.

PARIS
8, RUE DE NESLES

1908

DU MÊME AUTEUR

TRAITEMENT DES FRACTURES

PAR LE

MASSAGE ET LA MOBILISATION

Grand in-8° de 590 pages.

AVEC 66 FIGURES DANS LE TEXTE

Prix : **18** *francs.*

Chez RUEFF, 106, boulevard Saint-Germain

Cet ouvrage est consacré à la nouvelle méthode appliquée à tous les cas de fractures permettant de l'utiliser. Toutes les figures photographiées montrent les différents temps et les divers cas d'application ; tous les détails de la pratique sont minutieusement exposés.

THÉRAPEUTIQUE DES FRACTURES

DE

L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

Le traitement de la fracture du radius est une des œuvres de chirurgie courante les plus intéressantes. Par surcroît, la loi sur les accidents du travail lui donne une importance considérable.

La fracture du radius est une des lésions peu graves qui, bien soignées, permettent une consolidation absolue du sujet, et qui, mal soignées, conduisent à des difformités sérieuses, comportant des indemnités hors de proportion avec l'accident subi, pour peu que le sujet ne soit pas un pur manœuvre.

Pourtant ce traitement est souvent fait d'une façon très insuffisante, peu en harmonie avec les grands progrès que j'ai fait faire à la chirurgie des fractures. Les conséquences de ces fractures ne sont donc pas du tout ce qu'elles pourraient être.

Les chirurgiens semblent avoir épuisé leurs forces à étudier le mécanisme de la fracture, espérant toujours en apprendre quelque chose d'utile pour la réparation.

Si d'une manière générale on a pu admettre que l'arrachement et l'enfoncement direct des fragments y jouent un rôle, il est impossible de préciser quelque chose d'utile. Les spéculations théoriques ne peuvent du reste tenir un compte exact des combinaisons extraordinairement multiples de l'action traumatique, et des résistances de l'action musculaire.

J'avoue sincèrement, après avoir lu tout ce quia été écrit sur le mécanisme de cette fracture, non seulement que je n'ai pas été satisfait par les considérations théoriques sur leur mécanisme, mais que le plus souvent je ne les ai pas comprises.

Bien autrement intéressantes et instructives au point de vue du traitement sont certaines constatations faites à l'aide de la radiographie. Elles nous font sans doute surtout préciser des conditions que nous connaissions déjà, mais elles permettent d'affirmer certaines nécessités du traitement ou plutôt ses possibilités.

Si on étudie de nombreuses radiographies, on constate qu'on multiplierait facilement sans résultat utile les variétés dues à des différences d'aspect. Toutefois il y a trois conditions que nous constatons cliniquement, que nous retrouvons radiographiquement et qui peuvent nous servir de guide pour une bonne thérapeutique générale.

Il y a tout un groupe de fractures qui intéressent tantôt toute l'extrémité articulaire du radius, tantôt son tiers externe seul, et qui ne s'accompagnent pas de déplacement, ou bien pour lesquelles le déplacement est peu sensible.

Ce sont ces fractures souvent méconnues, souvent confondues avec l'entorse du poignet. Malgré l'absence de déplacement, ces fractures sont accompagnées d'un traumatisme articulaire intense. Toute leur gravité réside dans ce traumatisme articulaire. Elles ne sont pas exemptes des plus mauvaises suites. L'une des plus belles *mains de justice* que j'aie jamais vue était due à une de ces fractures traitée par l'immobilisation pendant six semaines. Le diagnostic n'en avait pourtant été fait que par la radiographie.

Avec ces fractures, il n'y a guère de modification de la ligne bistyloïdienne. L'ascension de l'apophyse styloïde du radius est insignifiante ; il n'y a pas d'enfoncement des fragments.

Dans une seconde forme de fracture, au contraire, l'ascension de l'apophyse styloïde est considérable.

En regardant la main de profil, il n'y a souvent qu'un dos de fourchette médiocre. La déformation est peu prononcée. Si, comme il arrive peu après la fracture, il y a un gonflement considérable du poignet, ce gonflement exagère en quelque sorte la déformation.

Lorsque le gonflement sera passé, malgré toute absence de réduction , on verra que la difformité laissée par la fracture change assez peu la figure de la région, sauf en ce qui concerne l'ascension de l'apophyse styloïde radiale.

Quoi qu'on en ait dit, cette modification de forme du poignet n'a guère d'influence sur la valeur mécanique du poignet. Si celui-ci a gardé sa souplesse, les fonctions les plus délicates du membre s'accommodent de cette déformation. J'ai vu ces fonctions parfaites, même chez un violoniste.

Pourtant, si on regarde la radiographie on trouve, dans ces

cas, toujours la pénétration des fragments, quelquefois des apparences de fracas énorme. La pénétration du fragment supérieur dans le fragment inférieur peut être considérable et celui-ci peut être absolument éclaté.

Ici, encore, malgré le fracas osseux bien plus étendu, c'est le traumatisme articulaire qui fait la gravité de la lésion. C'est le traitement de ce traumatisme articulaire qui doit dominer toute la thérapeutique de la fracture. La difformité n'est que très secondaire.

Dans une troisième sorte, la déformation est infiniment plus considérable. Ici c'est l'exagération du dos de fourchette que l'on observe. Il est facile de voir en examiminant le poignet de profil que le poignet a en quelque sorte tourné autour de l'axe du cubitus. La difformité, qui se voit toujours beaucoup plus de profil que de face, est caractérisé par une saillie si grosse en arrière qu'on conçoit très bien comment les cas de ce genre étaient autrefois toujours étiquetés : *luxation du poignet.*

En pratique, et malgré des variétés nombreuses, les fractures du radius peuvent se rapporter à ces trois types.

On rencontre certainement de temps en temps un autre type de fracture qui s'éloigne des précédents. Je l'ai montrée en particulier, dans des cas de fractures chez les mécaniciens d'automobile par retour de manivelle. C'est une fracture par action directe. Elle siège à cinq ou six centimètres au-dessus de l'articulation. C'est une fracture très différente. On doit la rapprocher des fractures de l'avant-bras, et les indications thérapeutiques peuvent être assez différentes. Ce n'est plus une fracture articulaire.

Des considérations que je viens d'exposer , il faut retenir deux faits. Les fractures du radius que nous observons ont un caractère variable : *la déformation* ; un caractère constant : le traumatisme intéresse violemment *l'articulation.*

Si la déformation est inexistante ou si elle est peu marquée, ou si, existant, elle ne peut être corrigée utilement, on conçoit aisément qu'il puisse n'y avoir aucun intérêt à diriger ses efforts de ce côté.

Pour toutes, en revanche, il y a un intérêt capital à prévoir la complication articulaire.

Or, que se passe-t-il pour les deux premières variétés que nous avons signalées ?

Pour la première, le gonflement considérable pourrait donner l'illusion d'une déformation, et j'ai souvent vu tirer et fatiguer des poignets qui n'avaient aucune déformation réelle.

C'est un premier défaut à éviter. Il faut, à l'examen, tenir compte de cette absence de déformation, et ne traiter que l'arthrite.

Pour la seconde variété, il y a un peu plus de difficulté, car il y a une difformité réelle. Mais il n'y a aucun avantage à fatiguer le poignet par des tractions intempestives.

Ces tractions exercées très violemment, même sous chloroforme, comme on les a conseillées, n'ont aucun avantage et voici pourquoi :

Il peut arriver qu'elles ne désengrènent rien. Mais si, par une violence exagérée, on réussit à désengrener, il n'est pas dit du tout que la difformité sera corrigée.

En effet, l'enfoncement et l'éclatement de l'extrémité inférieure du radius ont créé une véritable perte de substance.

Quand l'os est abandonné à lui-même dans un appareil, si serré soit-il, la rétraction de la cicatrice qui se forme, quoique ce soit une cicatrice osseuse, ramène l'extrémité articulaire vers la diaphyse. *L'os se ramasse* en quelque sorte.

Si, plus tard, vous examinez attentivement l'os, vous constatez que, malgré la violence que vous aviez exercée, l'ascension de l'apophyse du radius s'est refaite. Votre intervention a servi à peu de chose au point de vue de la déformation.

En revanche, le traumatisme que vous avez exercé sur l'articulation a fait son œuvre.

Comme il a fallu fixer solidement l'articulation, dans l'espoir chimérique de maintenir les os en position, pendant un temps qui est au moins de trois semaines et que beaucoup d'auteurs portent à six semaines, il y a un enraidissement de l'articulation qui peut être absolu, qui peut mener, suivant l'âge, à une infirmité souvent définitive.

Les chirurgiens consultés ne manquent pas d'attribuer l'impotence fonctionnelle à la difformité qui subsiste. De fait, la difformité n'y est pour rien. Ce sont la perte des fonctions des articulations radio-carpiennes et les atrophies musculaires correspondantes qu'il faut accuser.

Si, dans un cas pareil, on se résigne à la difformité, on observe les faits suivants :

La difformité qui, avec le gonflement, paraissait importante, diminue considérablement aussitôt que le gonflement a disparu.

Si, dès le début, le poignet a été mobilisé méthodiquement, si l'articulation et son voisinage ont été massés suffisamment la souplesse articulaire est parfaite, la valeur des muscles est conservée et la difformité, constituée surtout par un peu d'ascension de l'apophyse styloïde radiale, a vraiment peu d'apparence. La réparation osseuse est d'autant plus rapide que les fragments sont restés mieux engrenés.

L'engrènement des fragments peut être considéré en pareil cas comme un commencement de guérison. Là, comme dans toutes les circonstances où il ne doit pas gêner les mouvements,le devoir du chirurgien est *de respecter l'engrènement*. C'est une loi de la thérapeutique des fractures qui n'est pas assez observée.

Pour la troisième variété, il faut être beaucoup plus interventionniste, et cela pour deux raisons.

D'abord la difformité est infiniment plus marquée et gênerait les fonctions du membre plus que les précédentes.

Puis, justement, parce qu'elle est plus marquée, *elle est plus facile à corriger*.

Enfin, plus elle est marquée, plus l'abandon du membre à lui même aggraverait la difformité dans l'avenir.

Toutefois une remarque préalable est capitale au point de vue du traitement :

Celui-ci doit être le *plus rapide possible*. Au début, dans les instants qui suivent la fracture, comme il n'y a pas d'engrènement considérable, le redressement du poignet, le retour à la forme à peu près normale est très facile, même avec des tractions peu énergiques et au prix d'une douleur très modérée.

A mesure qu'on s'éloigne de l'instant de l'accident,ce n'est pas par jours, qu'il faut compter les chances de réduction de la difformité, c'est par heures. Dès le lendemain, elle est d'une difficulté toute différente. Il ne faut donc, sous aucun prétexte, en remettre l'exécution. Si, pour une raison indépendante de la volonté, elle devait être reportée à plus tard on devrait très rapidement demander l'aide du chloroforme pour que la douleur n'empêchât pas d'exécuter le redressement parfait.

Le maintien en place des fragments demandera une intervention plus complète que pour les cas précédents, puisqu'il s'agit de se défendre contre une déformation qui était considérable et qui s'accompagnait d'une réelle mobilité.

Mais, pour réussir, il faut noter, d'une part, qu'il n'y a pas ici moins de traumatisme articulaire à soigner que dans les cas précédents et d'autre part qu'une solidité relative est obtenue pour ces sortes de fractures infiniment plus vite que pour les fractures d'autres régions. Cela était facile à prévoir si on voulait bien considérer combien vite les difformités deviennent irréductibles.

Cela tient à l'activité de réparation de ces fractures.

Ces deux considérations permettent, même dans ces cas dans lesquels la contention doit être très exacte, de faire la part rapide et suffisante du traitement actif de l'articulation, des tendons et des muscles.

*

Quelles formules de traitement faut-il appliquer à ces trois variétés de fractures ?

Comme pour toutes, à des degrés divers, il faudra faire jouer un rôle à la mobilisation; il n'est pas inutile de rappeler avant de fixer ces formules que parmi les mouvements il n'y a guère qu'un mouvement qui puisse être redoutable pour favoriser le déplacement, c'est le mouvement de relèvement du poignet : mouvement de la main en arrière, vers la face dorsale.

Tous les mouvements de flexion du poignet,au contraire, auraient plutôt une tendance à corriger une difformité menaçante.

Pour la première variété,on pourrait ne mettre aucun appareil.

En principe, *je ne conseille jamais* de ne rien mettre. Le traitement par le mouvement n'est pas le *rien faire.* Le patient ne tiendrait aucun compte des préceptes nécessaires s'il n'était enchaîné par quelques liens.

Même en cas d'absence absolue de toute difformité,je conseille de fixer le membre en un bandage roulé en bandes Velpeau contenant deux attelles.

Ces deux attelles courtes ne dépassant pas l'avant-bras doivent être garnies *très largement* de ouate ou d'un feutrage souple (étoupe, ouate de tourbe, feutres, etc.).

L'attelle de la face antérieure de l'avant-bras ne doit pas en bas dépasser le pli qui sépare le poignet de l'avant-bras.

L'attelle dorsale, plus longue, doit au contraire empiéter sur la main de façon à empêcher la main de se relever vers la face dorsale de l'avant-bras.

Dès le premier jour, comme il n'y a pas de difformité, le poignet doit être massé un peu longuement avec toute la douceur que nous avons prescrite.

Le massage *ne touchera pas au foyer de fracture.* Mais comme ici ce foyer de fracture est peu étendu , il n'y a pas de ce fait de grandes difficultés. Le massage est facile en posant le poignet à plat sur un coussin. Il sera fait jusqu'au coude. Après la séance de massage, une séance de *mouvements provoqués* sera faite sans amener de mouvements de relèvement du poignet dépassant l'horizontale.

Le plus vite possible on fait faire *une gymnastique de mouvements actifs* comprenant des mouvements de circumduction du poignet, des mouvements de flexion, mais, *aucun mouvement de relèvement* du poignet et jusqu'à la fin du traitement, il devra en être ainsi.

Les mouvements à conseiller sont ceux de fermeture de la main,ceux de flexion du poignet et même,lorsque la convalescence est établie et lorsqu'on fait faire des mouvements

plus puissants au sujet,il faut toujours lui conseiller de mettre la main dans la flexion pour l'exécution de ces mouvements puissants.

Un précepte doit dominer la gymnastique des mouvements provoqués ou des mouvements actifs. *Il est inutile de leur donner de l'amplitude.* La souplesse est conservée par des mouvements de petite étendue.

Dans les cas de ce genre, avec un sujet docile, la main peut être libérée d'attelles dès la seconde semaine. Surtout s'il s'agit de la main gauche, on peut permettre beaucoup de mouvements utiles.

A droite, on peut permettre l'écriture. Pour manger, on permettra l'usage de la main à la condition de la tenir un peu fléchie et on recommandera *au sujet de ne pas couper la viande de la main droite.*

Dès le quinzième jour, le poignet est bien solide. Beaucoup de sujets pourront reprendre des occupations actives dès la troisième semaine s'ils ont la précaution d'éviter tous les mouvements de renversement du poignet en arrière.

Je conseille de conserver assez longtemps le poignet enveloppé et protégé par une bande. Les traumatismes prédisposent aux complications rhumatismales ; il faut donc éviter les refroidissements.

Pour la seconde forme de fracture, les indications différeront peu de celles de cette première forme.

En effet, pas de réduction à faire ; pas de mobilité dans le foyer de fracture.

Contention facile.

L'appareil de maintien n'a à lutter contre aucune tendance à une déformation nouvelle.

Deux attelles placées exactement dans les mêmes conditions que pour le cas précédent, la main inclinée en bas, renversée vers la face palmaire de l'avant-bras.

Massage immédiat et quotidien.

Ici le massage au voisinage du foyer de fracture est un peu plus délicat, car ce foyer de fracture est un peu plus étendu.

Pourtant l'action du massage sur les éléments articulaires non brisés est utile et intéressant.

Une séance quotidienne de vingt minutes est encore indiquée.

Dès le premier jour, le massage atténue la douleur, pour la faire disparaître absolument souvent dès le deuxième ou troisième jour.

La région au voisinage du foyer de fracture étant plus sensible que dans le cas précédent, on est amené à matelasser la région avec des masses d'ouate ou d'étoupe plus importantes sous les attelles.

On se rappellera, aussi bien pour la gymnastique que pour les mouvements provoqués, que le renversement du poignet, de la main, vers la face dorsale est le seul mouvement qui pourrait être nuisible et pourrait contribuer à augmenter la déformation.

Ici le traumatisme osseux est plus large. Il faut être un peu plus prudent pour permettre les mouvements de quelqu'importance.

Je n'autorise guère l'*usage* de la main avant la quinzaine.

A ce moment, les attelles sont tout à fait supprimées ; je conseille de porter un bandage roulé et, autour du poignet, un peu de ouate.

Plus encore que pour le cas précédent ceci est une nécessité et je ferai continuer longtemps cette précaution.

L'articulation traumatisée devient d'une susceptibilité extrême au rhumatisme.

Dans tous ces cas, c'est après la quinzaine accomplie que les mouvements peuvent être prudemment récupérés.

En faisant les mêmes réserves que j'ai faites plus haut sur l'*étendue* des mouvements, sur *leur sens*, sur la *progression* avec laquelle il faut les permettre, j'estime que c'est après cette quinzaine que les travaux légers peuvent être repris. Je pense qu'il serait *capital pour le sujet de les utiliser* pour mobiliser son poignet dans de bonnes conditions. J'ai souvent utilisé prudemment le piano et le violon pour favoriser le retour des fonctions. Il sera évident pour quiconque surveille le retour des mouvements et leur perfection que le *travail professionnel bien réglé et tôt repris* est tout particulièrement intéressant après la fracture du radius.

Je ferai remarquer qu'en ces cas il n'est pas exclusif du traitement. La continuation du massage pendant longtemps jouera un rôle des plus importants. Si après la troisième semaine, il n'est plus possible de le faire quotidiennement, le massage tous les deux jours puis tous les trois jours, pendant une longue période, pourra contribuer à rétablir l'état absolument normal dans l'articulation et son voisinage.

Je ne saurais trop encourager les sujets assez fortunés pour se faire soigner longtemps à continuer les manœuvres du massage longtemps après leur guérison.

La troisième forme de fracture avec grande déformation est la plus grave. Elle est pourtant *celle qui permet au point de vue de la forme la réparation la plus parfaite*. En effet, les grandes déformations ont peu d'enfoncement, leur déplacement est latéral.

Dès la première minute où vous les avez observées, sans rien attendre, tirez bien sur la main prise largement dans la vôtre et en exagérant la flexion du poignet. Si vous êtes inter-

venu dans les deux ou trois heures qui suivent l'accident, vous serez surpris de la facilité et de la perfection de la réduction.

Gardez le poignet redressé dans votre main jusqu'à ce qu'avec un aide vous ayez pu appliquer votre appareil.

Si vous avez un sujet docile,un appareil du genre de celui que je vous ai indiqué : deux attelles,dont une *dorsale dépassant le poignet*, une sur l'avant-bras, antérieure, plus courte ; la main un peu fléchie en bas est bien matelassée, et on le fixe avec des bandes Velpeau prenant la main.

Ces éléments suffiront à vous permettre une contention beaucoup plus facile que l'on imagine.

Si vous prévoyez un sujet très indocile,placez le membre dans une gouttière plâtrée,toujours en fléchissant à demi la main.

Quelqu'appareil que vous mettiez, *avant la pose de l'appareil*, faites avec beaucoup de douceur une séance de massage un peu prolongée (vingt minutes),de façon à calmer la sensibilité du sujet et à prévenir dans une certaine mesure les contractures. Je l'ai fait avec succès deux heures après l'accident.

Si le sujet est indocile, peu intelligent,et qu'il y ait eu nécessité,après la réduction,de lui appliquer une gouttière plâtrée, pour laisser le calme s'établir, vous pouvez le laisser tranquille pendant quatre jours.

Mais n'allez pas au-delà. Coupez alors délicatement votre gouttière plâtrée pour en faire un appareil amovible et faites le massage en plaçant le poignet dans *votre main*, pour vous assurer contre tout déplacement.

Ce massage qui ne débute que le cinquième jour ne sera pas aussi vite anesthésiant que celui qui aurait débuté le troisième.

Pourtant il soulage le patient. Il serait rare alors d'obtenir que dès ce premier massage il fît lui-même quelques mouvements.

Mais dès le massage du sixième ou du septième jour vous l'obtiendrez, en le sortant chaque jour de sa gouttière plâtrée.

Ici la consolidation de la fracture n'est pas aussi vite assurée que pour les cas précédents, et je vous conseille le maintien de l'appareil pendant trois semaines.

On ne saurait considérer ce maintien d'appareil pendant trois semaines comme menaçant la souplesse de l'articulation, puisque chaque jour le massage et la mobilisation assureront cette souplesse.

En revanche, les trois semaines de l'immobilisation assureront la solidité du membre et après les trois semaines, la bande roulée autour du poignet, le massage et la continuation

des exercices méthodiques assureront l'avenir aussi bien au point de vue des mouvements que de la douleur.

A partir de cette troisième semaine, les mouvements sont possibles avec les réserves que j'ai déjà faites pour les autres cas et les mêmes conseils en ce qui concerne les mouvements de renversement du poignet en arrière qu'il faut toujours éviter.

Après le massage, vous remettrez en place la gouttière plâtrée, mais auparavant, mobilisez les doigts, les articulations et assurez-vous de l'intégrité des parties voisines.

Si vous placez un appareil plâtré, *jamais d'appareil faisant tout le tour du membre*, mais un appareil qui vous permette d'inspecter. Chez les jeunes sujets, l'appareil plâtré est souvent utile à cause de leur indocilité ; puis ils souffrent moins de sa rigueur que les gens plus âgés.

Si vous avez mis un appareil mobile à attelles, parfaitement suffisant si la surveillance est bonne, laissez le *deux jours sans y toucher*. A partir du troisième jour ,vous le déferez chaque jour pour faire le massage.

Si vous placez bien le poignet du patient, dans votre main, ce massage se fera *sans douleur et sans chances de déplacement des fragments.*

J'ai personnellement réduit et soigné une fracture chez une dame qui avait le poignet le plus déformé que j'aie jamais vu.

Dès le troisième jour, elle fut massée par moi-même.

Au bout de trois semaines elle pouvait s'essayer un peu au piano et je l'aie revue bien souvent, et elle m'a assuré qu'entre ses deux mains elle ne savait laquelle avait le meilleur mouvement.

Il n'y avait plus trace de difformité.

Il s'agissait de la main gauche et la patiente avait quarante-neuf ans. Elle était plutôt rhumatisante.

Tels sont, d'après moi, les préceptes fondamentaux applicables à ce que l'on peut appeler la *véritable fracture de l'extrémité inférieure du radius*, la fracture *articulaire.*

La fracture située plus loin de l'articulation et due à une action directe, est moins redoutable au point de vue articulaire.

Elle mérite plus le traitement analogue à celui de la fracture des os de l'avant-bras. Un appareil plâtré en gouttière pour quelques jours aura des avantages,et pour les suites de la fracture la mobilisation est plus importante encore que le massage. Le cubitus servant d'attelle , le déplacement est peu marqué et la guérison sera rapide.

Pour revenir à la véritable fracture de l'extrémité articu-

faire du radius, après avoir donné des préceptes fermes, je tiens à dire ce *qu'il faut éviter avant tout.*

Eviter toute contention absolue dépassant *une semaine.*

Ne jamais *entourer tout* le membre d'un appareil plâtré.

Ne jamais *serrer* cet appareil plâtré et s'assurer qu'aucun point d'appui sur un os n'est direct.

Enlever immédiatement un tel appareil s'il détermine la douleur.

Ne faire aucune *compression sur la région.* La compression même passagère est inutile et peut être dangereuse.

Eviter avec soin l'action des bains chauds ou froids. *L'eau est le grand ennemi des fractures articulaires.*

Ne jamais faire une *manœuvre* de massage ou de mobilisation qui *soit douloureuse.* La douleur du sujet avertit que le massage ou la mobilisation sont mal faits.

Quelle que soit la variété de fracture du radius, tenir grand compte de l'état de l'*apophyse styloïde du cubitus.* L'arrachement de cette apophyse est très fréquent. Parmi les travaux qui ont bien mis en relief cette complication habituelle, il faut citer Lynn Thomas, de Cardiff. Il faut en tenir compte, car elle cause une des complications secondairement les plus douloureuses de cette fracture. Le massage contribue à faire disparaître cette douleur.

Si le traitement ne pouvait être suivi d'aussi près, en tous cas l'appareil inamovible ne doit jamais être laissé plus de quinze jours sans être déplacé puis remis.

Aussitôt que la solidité du poignet est assurée, c'est-à-dire du dixième au vingt-deuxième ou vingt-troisième jour, la mobilité définitive du sujet sera surtout favorisée par *la reprise du travail* de la main.

Avec l'état actuel de la loi sur les accidents du travail, cela n'arrive plus jamais. Les sujets ne veulent reprendre le travail que lorsqu'ils sont absolument revenus aux mouvements libres et à la disparition de toute sensibilité.

C'est une circonstance déplorable qui fait que la fracture du radius est, au point de vue des accidents du travail, un accident grave et très coûteux pour le patron.

Il faut, lors de la convalescence, s'abstenir absolument de tous les grands exercices de force, de toutes les *manœuvres violentes* qui prolongent inutilement la période d'impuissance.

Sauf les cas d'ankylose invétérée, il faut *s'abstenir de la mécanothérapie.*

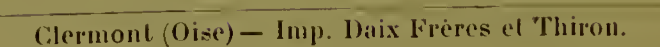
L'*électrisation* me paraît devoir être *proscrite* pour une raison analogue.

Le plus sage est, si l'ouvrier ne consent pas à reprendre son travail habituel, de lui faire reprendre quelque travail manuel

doux qui l'oblige à des mouvements modérés mais fréquents qui rétablissent la souplesse.

Au point de vue des accidents du travail, les choses sont telles, actuellement, que la fracture du radius qui, d'une manière générale, ne devrait jamais causer une interruption de travail dépassant un mois, mène à une interruption de travail de deux et trois mois et davantage. Par surcroît, elle conduit réellement souvent à une diminution de capacité *qui ne devrait jamais exister.* L'interruption prolongée du travail est la cause principale de cette incapacité.

Si la loi permettait, à propos de la fracture du radius, un arrangement, entre patron et ouvrier, on ne verrait presque jamais de perte de capacité de travail.



Clermont (Oise) — Imp. Daix Frères et Thiron.

DU MÊME AUTEUR

HERNIES

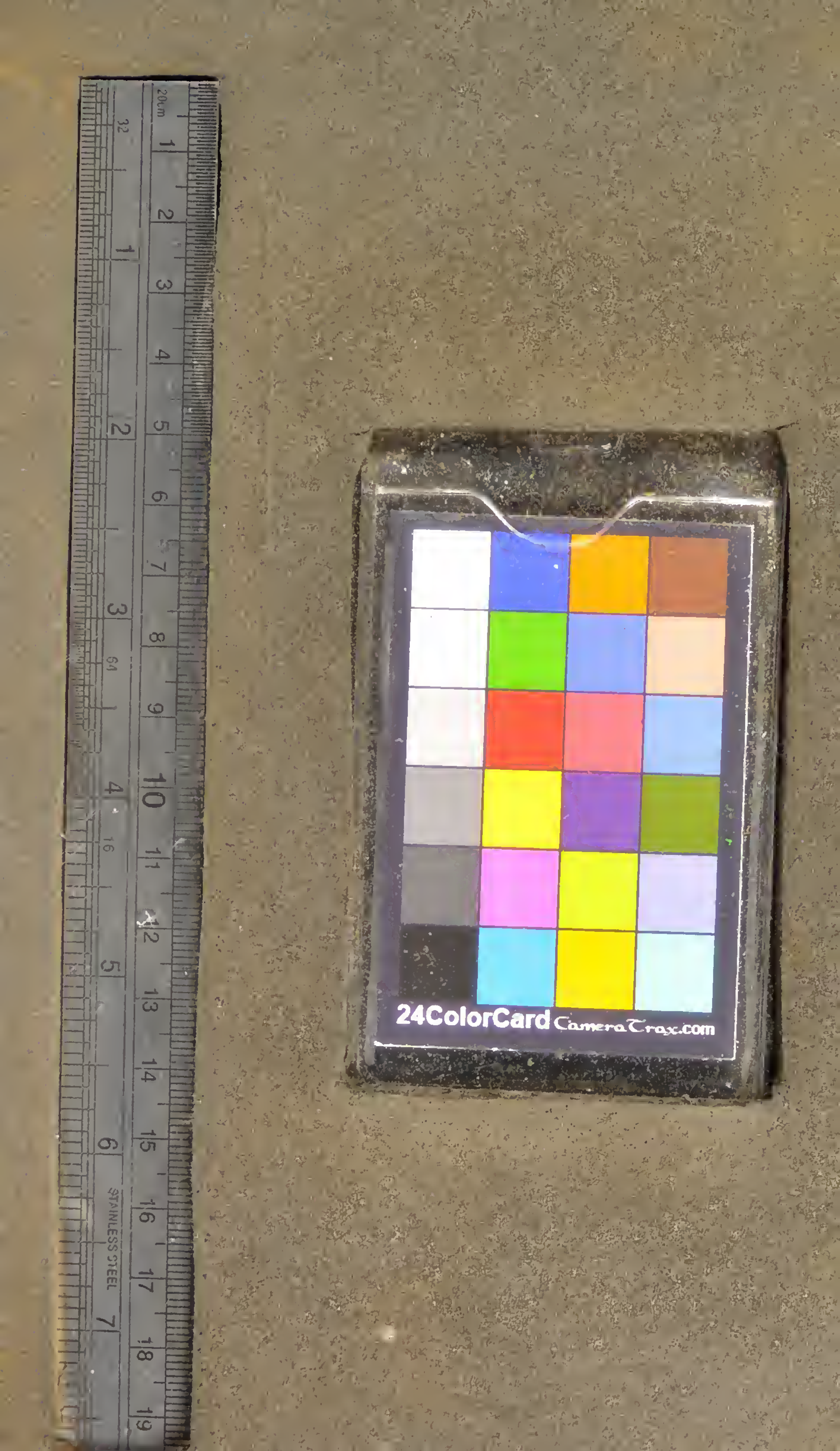
HYGIÈNE ET THÉRAPEUTIQUE

VOLUME DE 300 PAGES AVEC 101 FIGURES

Chez RUEFF. — Prix : **4** *fr.*

Ce volume uniquement consacré à la thérapeutique des hernieux, à l'application des bandages, est un ouvrage d'une forme pratique qui n'a pas encore été adoptée.

Il donne dans les moindres détails tout ce qui concerne l'application des bandages, les soins hygiéniques pour les hernieux. Il constitue le livre indispensable pour qui veut suivre et guider utilement les hernieux dans le traitement palliatif.


24ColorCard
CameraTrax.com
STAINLESS STEEL